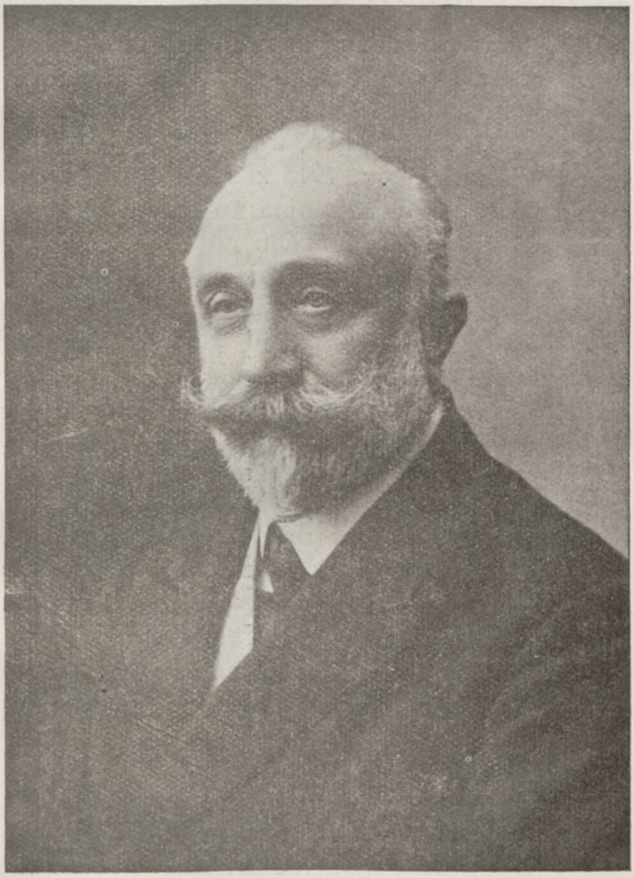
ROK VIII. GRUDZIEŃ 1928 № 12 (72)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK



Ś. P. SZYMON DZIERZGOWSKI

Prof. Państw. Inst. Dent., Prof. Uniwers. Warsz., b. Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu.

Ś. p. Szymon Dzierzgowski

(1866 — 1928)

Ś. p. Szymon Dzierzgowski urodził się w Radomicach ziemi płockiej 28 października r. 1866 Gimnazjum ukończył w Płocku, wyższe zaś wykształcenie otrzymał w Zurichu, gdzie w r. 1889 zdobył na politechnice tytuł inżyniera chemika, a w r. 1890 na uniwersytecie dyplom doktora filozofji.

Znakomity nasz rodak, genjalny chemik-biolog Marceli Nencki, powołuje Dzierzgowskiego na stanowisko swego asystenta przy katedrze chemji na Uniwersytecie w Bernie szwajcarskiem. Razem z M. Nenckim, który został zaproszony na dyrektora oddziału chemicznego Instytutu medycyny doświadczalnej, przenosi się Dzierzgowski do Petersburga w r. 1892. Tam spędza 26 lat swego życia, zostaje kierownikiem laboratorjum surowic leczniczych, w r. 1910 otrzymuje stanowisko członka Rady Instytutu, a w r. 1913 zostaje powołany na Dyrektora Instytutu. Kiedy wybucha wojna światowa, pracuje bądź to w Instytucie, bądź to w laboratorjum podróżnem, kierując akcją przeciwepidemiczną i przesuwając się z pola bitew zachodu to na front turecki, to do Karpat. Jedzie w specjalnej misji do Japonji. Staje na czele organizacji obrony przeciwgazowej i pracuje w dziedzinie walki chemicznej. Z nadszarpanem zdrowiem, ograbiony z majątku, straciwszy warsztat pracy wraca do kraju w r. 1918. W Warszawie rozpoczyna pracę nanowo. Z początku obejmuje skromne stanowisko naczelnika wydziału hygjeny wsi i miast, organizuje sekcję hygieny publicznej i medycyny społecznej w Ministerstwie Zdrowia. W r. 1919 zostaje profesorem hygjeny na Uniwersytecie Warszawskim, w 1920 profesorem Państwowego Instytutu Dentystycznego i wicedyrektorem tegoż Instytutu od 1924 do 1927.

Dzierzgowski był od r. 1912 członkiem Warsz. Tow. Naukowego i od 1921 członkiem Akademji Umiejętności w Krakowie.

Zmarł 7 grudnia 1928 r. w Warszawie.

Prof. S. Dzierzgowski pozostawił po sobie kilkadziesiąt prac naukowych o charakterze badawczym, których tytuły przytaczamy niżej, aczkolwiek spis ten nie jest jeszcze kompletny. Prace te ogłoszone były w języku polskim, rosyjskim, niemieckim i francuskim. Poza, tem istnieje szereg rozpraw natury prawnopolitycznej, dydaktycznej etc.

W pracach naukowych był on nietylko następcą i kontynuatorem wielkiego mistrza Marcelego Nenckiego, ale zupełnie samodzielnym i poważnym badaczem. Prace te dotyczą chemji organicznej i fizjologicznej, hygjeny, bakterjologji, serologji, farmakologji. Nie podając szczegółowej charakterystyki prac Zmarłego chcemy zaznaczyć, iż prace, chemiczne obejmują szereg synte, oksyketonów, syntezy ,pochodnych chinaldyny i aldehidów itd. W pracach tych Dzierzgowski był bliski syntezy adrenaliny. Również na polu chemji gazowej praca jego była b. płodna. W dziedzinie prac serologicznych należy podkreślić, iż Dzierzgowski pierwszy wprowadził do ustroju jad błoniczny, przez wchłanianie tego jadu przez błonę śluzową dróg oddechowych i zaczął stosować szczepienie ochronne ludzi, a zwłaszcza dzieci tym sposobem. Liczne prace, zwłaszcza dotyczące surowicy antydyfterytowej, mają pierwszorzędne znaczenie. Z dziedziny hygjeny trzeba wspomnieć o stosowaniu na wielką skalę biologicznego spososobu oczyszczania wód, o różnych środkach dezynfekcyjnych i metodach odkażania i t. p. W nader energiczny sposób stłumił straszliwą zarazę dżumy w gub. Astrachańskiej (1899), na Kaukazie w Gagrach zorganizował nowe uzdrowisko (1904), w Warszawie, jako kierownik działu preparatów organoterapeutycznych fabryki L. Spiess & Co, ulepszył szereg środków leczniczych, zbadał szczegółowo wodę Morszyńską, rozpowszechnił użycie tej wody oraz soli morszyńskiej i t. d.

Szkic ten daje słabe tylko pojęcie o ogromie pracy, wykonanej przez prof. S. Dzierzgowskiego. Można powiedzieć, iż do ostatniego tchnienia był niezmordowanym pracownikiem. Nieraz godzina 1 lub 2 w nocy zastawały go w laboratorjum lub przy biurku. Posiadał niewyczerpaną energję i wytrwałość. Wszystkie swe siły oddawał krajowi i ludzkości. Kiedy prowadził badania nad surowicami, nie szczędził własnej osoby: zastrzykiwał sobie jad dyfterytyczny, a następnie pobierał krew własną, stąd ręce jego były pokryte bliznami. A gdy podczas wojny bada gazy bojowe, ulega ciężkiemu zatruciu na ćwiczeniach artylerji.

Umysł miał żywy, interesujący się zagadnieniami naukowemi, szukający ciągle nowych dróg. Do badań naukowych, prócz wielkiej pracy, wnosi pierwiastek twórczy i wielkie doświadczenie.

W dziedzinie szkolnictwa wyższego, specjalnie w rozwoju Państwowego Instytutu Dentystycznego, położył Dzierzgowski wielkie zasługi. Od powstania Instytutu bierze udział jako profesor hygjeny, następnie podczas 3-letniej kadencji Dyrektora prof. H. Wilgi, jako vicedyrektor, poświęca dużo czasu sprawom

Instytutu, zajmując się ulepszeniem warunków nauczania i życiem studentów tej uczelni, sprawą ustawy dla lekarzy-dentystów, poucza inteligentny ogół o znaczeniu stomatologji, walczy o prawa dla Instytutu. Widząc, że koniecznym warunkiem rozwoju Instytutu, który musi obsługiwać całą Polskę i winien promieniować na inne kraje słowiańskie, jest wybudowanie własnego gmachu, po nieudałych staraniach dyrekcji zdobycia od Państwa niezbędnego na budowę funduszu, pisze ustawę i zakłada Stowarzyszenie, które dawałoby możność bez dotacji państwowej wybudować gmach za pieniądze, zdobyte od społeczeństwa i z oszczędności, zrobionych przez Instytut. Niestety, Stowarzyszenie to z braku poparcia nie rozwinęło swej działalności...

Dzięki rozległej wiedzy, doświadczeniu, pracowitości i energji, o której była mowa, Dzierzgowski doszedł do wielkiego uznania i wielkich odznaczeń w Rosji u rządu zaborczego, wrogiego dla naszego narodu. Dzierzgowski zawsze wyraźnie manifestował swą polskość, kontaktu z krajem nigdy nie zrywał, lecz przeciwnie, utrzymywał go, wiele prac po polsku ogłosił. Rzec można, iż chlubę przynosił w Rosji imieniu polskiemu.

Po powrocie do Ojczyzny bierze czynny udział w życiu społeczno-politycznem kraju, tworzy Stowarzyszenie Samopomocy Społecznej, którem kieruje w charakterze prezesa zarządu, organizuje wraz z innymi działaczami Straż narodową, której zostaje viceprezesem, należy do Rady Naczelnej stronnictwa narodowego. Był on głębokim wyznawcą idei monarchizmu w Polsce, co uzasadniał w licznych pracach i przemówieniach. Gorliwie się zajmował sprawami pomocy dla młodzieży akademickiej, którą serdecznie kochał.

Był to człowiek prosty i skromny, wielkiego serca i szlachetności, który umiał się cieszyć cudzem szczęściem i spółczuć w niedoli. Zawsze był gotów służyć radą i pomocą tym, którzy się doń zwracali.

Cześć jego pamięci!

PRACE PROF. Sz. DZIERZGOWSKIEGO.

R. 1892

1) Ein Apparat um Flüssigkeiten bei niederer Temperatur keimfrei abzudampfen (z L. Rekowskim) Centralbl. f. Bacter. 11,685; Nowiny lekarskie 1892, № 7.

2) Untersuchungen über die Umwandlung von Nährstoffen durch die Diphteriebacillen und über chemische Zusammensetzung dieser Microben (z L. Rekowskim) Arch. scienc. biol. 1,167; Nowiny lek. № 6 i 7.

R. 1893

3) Ueber d. Synthese einiger Ester u. Ketone aus Phenolen u. halogensubstituirten Fettsäuren, Żurnał fizikochim. Obszcz. 25,154,

4) Ueber einige basische Derivate d. Chloracetobrenzkatechins u Chlorgallacetophenons, Żurnał fizikochim. Obszcz. 25,275.

5) Ueber d. Lanolinbestimmung nach d. Verfahren von H. Helbing u. F. W. Passmore, Pharmaceut. Zeitschr. f. Russland (1893) Nr. 19 u 20.

6) Bemerkungen ueber d. Berkefeld'schen Hausfilter, Gazeta lekarska Nr. 17 (1893).

R. 1894

7) Ueber die Condensationsprodukte von Salicyl u Paraoxybenzaldehyd mit Chinaldin, Berl. Ber. 27,1979.

8) Zur Kenntniss d. aus Phenolen u. Halogensubstituirten Fettsäuren erhaltenen Ester u. Ketone, Berl. Ber. 27,1983.

R. 1895

9) Ueber d. Filitration d. physiologisch activen Eiweissstoffe, Arch des scienc. biol. 4.225.

10) Zur Herstellung d. Diphterieheilserums, Wracz (1895), Nr. 22.

11) Ueber die Ursachen d. Trübung d. Diphterieheilserums, Wracz (1895), Nr. 51.

R. 1896

12) Ueber d. Gehalt an Antitoxin in den Körperflüssigkeiten u. den einzelnen Organen d. gegen Diphterie immunisierten Pferde. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 38,186; Gazeta' lekarska 1897), Nr. 5 .

13) Beiträge zur Herstellung der Heilsera, Arch. des scienc. biol. 4,454.

R. 1897

14) Zur Frage „Ueber das Verhalten des Diphterieheilserums bei d. Filtration durch das Chamberlands'che Filter". Centrazbl. f. Bacter. 21,333.

15) Ueber die Bestimmung d. Kraft des antidiphteritischen Heilserums, Arch. des scienc. biol. 6,1 .

16) Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten einiger Organe zu den diphteritischen Toxinen (z C. Onufrowiczem), Arch. des scienc. biol. 6,41.

R. 1898

17) Zur Frage über die Beziehungen zwischen dem antidiphterischen Heilserum u. dem Diphterietoxin, Arch. international. de Pharmacodynamie 5,1.

18) Ueber das Schicksal der Diphterietoxins im Thierkörper, Wracz (1898), Nr. 13.

R. 1899

19) Die Beziehungen d. Verdauungsfermente zum Antidiphterieserum und das Schicksal des letzteren im Magendarmkanal, Arch. des scienc. biol. 7,337.

20) Zur Frage „Ueber das krystallinische Fibrin". Zeitschr. f. physiol. Chemie 28,65.

21) Die Nothwendigkeit d. Einführung einer allgemeinen und für alle Stationen obligatorischen Untersuchungsmethode zur Stärkebestimmung d. diphteritischen Heilserums in Russland Wracz (1899). Nr. 32.

22) Zur Frage d. Desinfection d. Wohnräume, Wracz (1899) Nr. 1 i 2; Gaz. lekarska Nr. 6 i 7.

23) Ein Beitrag zur Frage d. Vererbung d. künstlichen Immunität, Arch. des sciences biol. 8.211.

R. 1901

24) Beitrag z. Studium d. Einwirkung d. Verdauungsfermente auf das Abrin und über d. Schicksal d. letzteren im Magendarmcanal (z N. Sieberową), Arch. des scienc. biol. 8,461

25) Ueber die Ammoniakabspaltung bei der Einwirkung von Trypsin und Pepsin auf Eiweisskörper (z S. Sałazkinem). Centralbl. f. Physiol. 15.249.

26) Ein Beitrag z. Frage von d. Vererbung der künstlichen, Immunität gegen Diphterie, Arch. des sciences biol. 8,429.

PRACE PROF. DZIERZGOWSKIEGO z zakresu serologji, drukowane po polsku.

1) O stosunku surowicy przeciwbłoniczej do toksyny błoniczej (Gaz. Lek. 1898 r.)

2) Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy (Gaz. Lek. 1900).

3) „ „ „ idem tituli (Gaz. Lek. 1901).

4) Przyczynek do sprawy uodpornienia zwierząt przeciwbłonicy oraz do sprawy wyboru surowicy przeciwbłoniczej (Gaz. Lek. 1902).

5) W sprawie dziedziczenia sztucznego uodpornienia przeciw błonicy (Przegl. Lek. 1903).

6) Przyczynek do kwestji powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem ich uodpornianiu (Gaz. Lek. 1903).

7) O stosunku własności antytoksycznych krwi do zjawisk ogólnych odporności zwierząt względem błonicy (Gaz. Lek. 1903).

8) Odporność czynna i bierna przeciw błonicy (Przegl. Lek. 1911).

9) W sprawie powstawania antytoksyny przeciwbłoniczej u koni w warunkach ich naturalnego życia (Spraw. Tow. Nauk. Warsz. 1912).

10). W sprawie ochronnych szczepień (Spraw. Zw. P. Lek. i Przyr. (1912 — 1913).

11) W sprawie powstawania przeciwbłoniczej antytoksyny u koni w warunkach normalnych (tamże 1912 — 1912).

12) W sprawie trwałości uodpornienia czynnego przeciw błonicy w ustroju zwierzęcym (Gaz. Lek. 1913).

13) W sprawie surowic leczniczych (Gaz. Lek. 1919),

W. Humnicki

R. POPLEWSKI.
Prosektor Zakładu Anat. Praw. U. W.

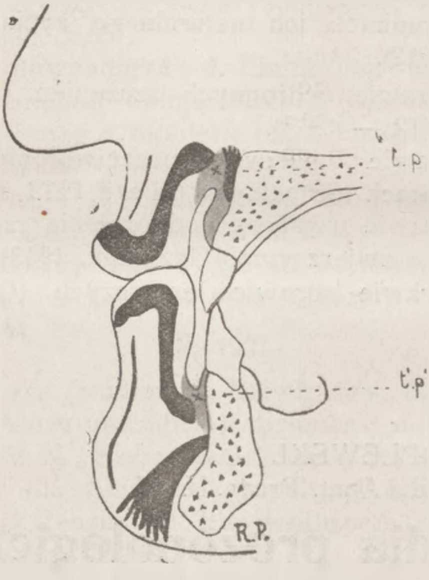
Studja prozopologiczne.

Tkanka podścieliskowa twarzy.

Wiadomości nasze z zakresu tkanki łącznej twarzy są niezmiernie ubogie. Istotnie, poza t. zw. poduszeczką tłuszczową Bichata, grudką tłuszczową podbródka (H. Virchov) i wreszcie grudką tłuszczową wycisku nadnosowego — cały pozostały obszar tkanki łącznej jest nam zupełnie nieznany. A jednak tkanka ta odgrywa niepoślednią rolę. Pierwszym, który zwrócił na nią uwagę, był H. Virchow (1923), który znaczenie jej ujmuje w sposób następujący:

„Wszędzie odgrywa ilość oraz jakość tkanki łącznej pierwszorzędną rolę, by w połączeniu z mięśniami wyrazowemi, nadać obliczu ludzkiemu obraz pełen wyrazu". Nic więc dziwnego, iż w badaniach mych prozopologicznych (prozopos—twarz) siłą rzeczy uwagę mą przykuła owa tkanka. Ale może jeszcze w większym stopniu znajomość jej jest ważną w praktyce. W praktyce stomatologicznej przedewszystkiem. Jak to zobaczymy poniżej, wszelkie schorzenia wzgl. zabiegi chirurgiczne, wykonywane na wyrostku zębodołowym szczęki (chociażby rezekcje wierzchołka zębowego), zetknąć się zawsze muszą z tkanką, stanowiącą przedmiot niniejszej pracy.

Tkanką podścieliskową nazywam tkankę łączną luźną, wyściełającą sklepienie górne (i dolne) przedsionka i wysyłającą



rys. № 1. Przekrój strzałkowy okrężny ust.
t. p. tkanka podścieliskowa.
Pozatem oznaczone są: m. okrężny ust, m. bródkowy oraz mm. czworoboczne.

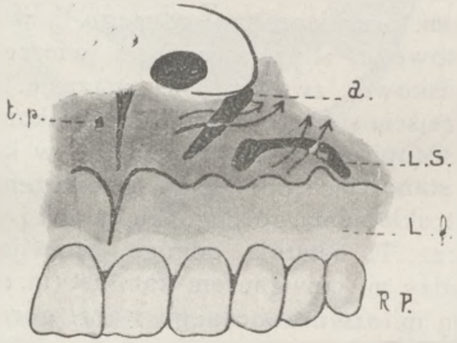
szereg odnóg pomiędzy poszczególne mięśnie wyrazowe. Jest ona na tyle luźną, iż skalpel po drodze nie napotyka na żaden opór. Miękki zgłębnik toruje sobie sam drogę wpośród otaczających go mięśni.

Dysekcję tkanki łącznej wykonywałem w sposób następujący: po przecięciu wargi górnej nożyczkami w linji pośrodkowej, odchylałem ją mocno w bok, poczem po włożeniu zgłębnika

w przestrzeń podścieliskową (p. niżej) nadcinałem błonę śluzową sklepienia przedsionka. Dalej nadcinałem skórę w dwóch kierunkach — wzdłuż sklepienia przedsionka oraz w kierunku kąta przyśrodkowego oka, okalając bocznie skrzydełko nosowe. Po odchyleniu brzegów rany, tępym końcem skalpela usuwałem z pośród wolnych przestrzeni tkankę podścieliskową. Zetknąłem się z nią po raz pierwszy w czasie opracowywania stosunków m. okrężnego ust i wspominam o niej w pracy mej: „Sur l'origine et la signification du rouge des lèvres" (1928), lecz w sposób ogólnikowy.

Opis tkanki podścieliskowej pragnę rozpocząć od linji środkowej wnętrza przedsionka, a więc od wędzidełka górnego.

Na licznych rysunkach, przedstawiających przekrój strzałkowy twarzy, celem wykazania stosunków wyrostka zębodołowego szczęki, jeden szczegół stale bywał pomijany. Mam na myśli drobną przestrzeń (rys. 1), znajdującą się tuż ponad sklepieniem górnem przedsionka, wtyle od części nadsklepieniowej m. okrężnego ust, a przed wyrostkiem zębodołowym szczęki. Po nadcięciu błony śluzowej znajdujemy w tem miejscu nader luźną tkankę łączną, sięgającą w górę aż do podstawy



rys. № 2. Okolice podnosowe:
i.s. m. przysieczny wargi górnej,
a—opuszczający przegrodę nosową,
l. f. — linja falista,
t. p. tkanka podścieliskowa.

nosa, ku przodowi przechodzącą, bez wyraźnej granicy w przestrzeń zamięśniową wargi górnej, a ku dołowi wciskającą się między okostnę i błonę śluzową dziąsłową. W linji pośrodkowej tworzy ona zrąb dla wędzidełka górnego.

Drogą dysekcji oraz zastrzyków parafinowych, wykonanie których nie napotyka zresztą na żadne trudności, ustaliłem co

następuje. Od kolca nosowego przedniego (rys. 2) ciągnie wzdłuż szwu międzyszczękowego włókniste pasemko, kończące się w dole, w miejscu przejścia części sklepieniowej wędzidełka w część jego dziąsłową. Nieco wbok widnieje m. opuszczający przegrodę nosową (*m. depressor septi nasi*) oraz m. sieczny górny (*m. incisivus sup.*) oginający nakształt łuku sklepienia przedsionka. Obydwa mięśnie pogrążone są całkowicie w tkance podścieliskowej, która nietylko oddziela je od okostnej ale i od błony śluzowej. Wdole tkanka podścieliskowa zatrzymuje się wzdłuż linji falistej, równoległej do brzegu wolnego dziąseł (rys. 2), w miejscu, w którem błona śluzowa zaczyna ściśle przylegać do okostnej. Falistość owa spowodowana jest tem, iż na wysokości każdej przestrzeni międzyzębowej (*spatium interdentale*) opisywana tkanka wciska się pod błonę śluzową niżej, aniżeli na łękach zębodołowych (*juga alveolaria*). Dzięki powyższemu, dziąsło oglądane od zewnątrz wykazuje dwie strefy odmiennie, nieco zabarwione. Strefę dolną, przyszyjkową, jaśniejszą, stanowią t. zw. księżyce dziąsłowe (*lunulae*), strefę albo pas górny ciemniejszy — błona śluzowa, oddzielona od okostnej jedynie cieniutką warstwą tkanki podścieliskowej (rys. 2). U naczelnych pas księżycowaty jest naogół szerszy, aniżeli u człowieka.

Wbok od m. przysiecznego górnego, a więc bocznie od skrzydełka nosowego, a na wysokości wierzchołka kła, ilość tkanki podścieliskowej zwiększa się znacznie. Miejsce to stanowi punkt rozejścia się trzech odnóg łącznotkankowych (rys. 3), z których jedna (opisana powyżej) ciągnie w kierunku wędzidełka, druga, stanowiąca poniekąd przedłużenie poprzedniej, zmierza wzdłuż sklepienia górnego ku tyłowi i wreszcie trzecia pnie się ku górze. Ta ostatnia odnoga, nazwijmy ją dooczną, wciska się między m. dźwigaczem kąta ust (m. *caninus*) z jednej strony, a głową m. czworobocznego wargi górnej (*m. quadratus labii sup.*) z drugiej sunie ku górze w mniej lub bardziej wąskiej szczelinie, oddzielającej głowę kątową m czworobocznego i wreszcie kończy się u kąta przyśrodkowego oka.

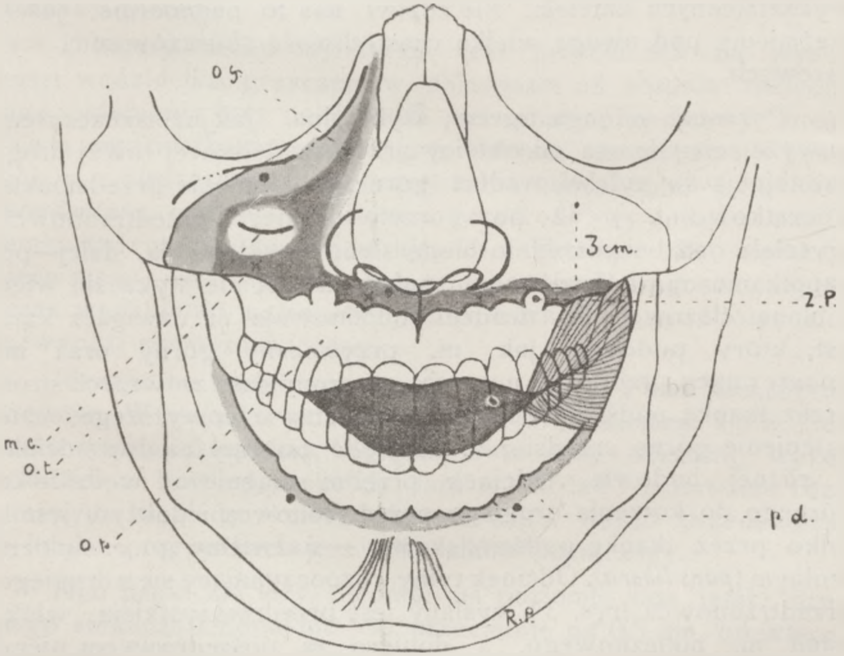
Na całym swym przebiegu odnoga dooczna leży bezpośrednio na okostnej, pokryta zaś jest przez m. czworoboczny wargi górnej i tylko w swym odcinku przykątowym leży tuż pod skórą. Zastrzyk kontrolny u kąta przyśrodkowego oka wykazał, iż masa z tą samą łatwością kieruje się wdół, wypełniając przestrzenie, zajęte przez tkankę podścieliskową.

Przebieg odnogi doocznej tłómaczy nam kierunek oraz łatwość, z jaką rozprzestrze-

niają się obrzęki w sprawach zapalnych, umiejscowionych w okolicy kła i siekaczy.

Dla ścisłości zaznaczyć muszę iż powyższy opis tyczy się osób dorosłych.

U dzieci stosunki przedstawiają się identycznie z tą jednak różnicą, iż tkankę łączną luźną, cechującą dorosłego, zastępuje tutaj tkanka tłuszczowa, występująca zazwyczaj w większej ilości. Nie posiada ona jednak tutaj tego ograniczenia, które znajdujemy np. w poduszczce tłuszczowej Bichata.



rys. № 3. Schemat umiejscowienia tkanki podścieliskowej
m. c. dźwigacz kąta ust, z. p. zachyłek pierwszego przedtrzonowca;
o. p. odnoga przednia,
o. g. odnoga górna i o. t. odnoga tylna tkanki podścieliskowej.
Ponadto oznaczonemi są:
m. bródkowy, m. przetakowy oraz przyczepy m. czworobocznego wargi górnej

Powracając do strony opisowej, dodać należy, iż od odnogi doocznej odchodzi wbok pasmo tkanki podścieliskowej, przenikające pomiędzy m. dźwigaczem kąta ust a głową oczodołową m. czworobocznego wargi górnej, a które kończy się w odnodze tylnej u brzegu górnego m. policzkowego (*m. buccinator*). Znajdujemy w niem liczne rozgałęzienia nerwu oraz tętnicy podoczodołowej (*n. et a. infraorbitalis*).

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż zarówno od samej odnogi, jak i od owego pasma odchodzi cały szereg drobnych wypustek, przenikających pomiędzy poszczególne mięśnie wyrazowe okolicy policzka, to stanie się jasnem, iż są one, niejako, pogrążone w tkance podścieliskowej, tworzącej dla nich rodzaj „podścieliska". Najwyraźniej widocznem to jest dla mięśnia dźwigacza kąta ust oraz części podoczodołowej m. czworobocznego; wszystkie jednak mięśnie, zawarte między m. jarzmowym (*m. zygomaticus*) a grzbietem nosa, są mniej lub więcej podminowane przez tkankę łączną luźną. Tak luźną w niektórych miejscach np. nad sklepieniem przedsionka, iż czyni niekiedy wrażenie niewykształconych kaletek. Nie zdziwi nas to nadmiernie, jeżeli weźmiemy pod uwagę wielką częstotliwość skurczów mm. wyrazowych.

Pozostaje odnoga trzecia, czyli tylna. Jak już zaznaczyłem powyżej, ciągnie ona od okolicy przyskrzydełkowej (owej drogi rozstajnej) ku tyłowi, wzdłuż górnego sklepienia przedsionka. Początkowo t. j. aż po korzeń drugiego przedtrzonowca wyściela ona bezpośrednio błonę śluzową sklepienia, dalej—po napotkaniu m. policzkowego pokrywa go, nie styka się więc z błoną śluzową. Po drodze podminowuje m. dźwigacz kąta ust, który podobnie jak m. przysieczny górny oraz m. opuszczający przegrodę nosową, otoczony jest ze wszech stron przez tkankę podścieliskową. Na podstawie powyższego, całe sklepienie górne przedsionka podzielić możemy na dwa odcinki o różnej budowie. Odcinek przedni ciągnie od wędzidełka górnego do korzenia drugiego przedtrzonowca i pokryty jest li tylko przez tkankę podścieliskową — nazwiemy go odcinkiem wolnym (*pars libera)*. Odcinek tylny, rozpoczynający się u drugiego przedtrzonowca (rys. 3), wysłany jest przedewszystkiem, włóknami m. policzkowego, a dopiero za pośrednictwem niego i tkanką podścieliskową. Dla odróżnienia nazwiemy go odcinkiem krytym *(pars tecta)*.

Innemi słowy, wszelkie nadcięcie błony śluzowej odcinka wolnego sklepienie daje dostęp do tkanki podścieliskowej — nadcięcie odcinka krytego narusza w pierwszym rzędzie m. policzkowy. Granicę obu odcinków, jak już zaznaczyłem, stanowi korzeń grubego przedtrzonowca.

Sklepienie górne przedsionka zasługuje jeszcze z innej strony na uwagę. Powyżej wspomniałem, iż błona śluzowa przedsionka przechodzi w błonę dziąsłową l i n j ą f a l i s t ą, równoległą do brzegu wolnego dziąseł. Bardziej szczegółowa

analiza wykazuje dość ciekawe odchylenie w przebiegu owej linji rozwijania się błony śluzowej.

Odchylenia te, które nazwać też możemy odmianami, zachodzą stosunkowo często, albowiem na 30 obserwacji występowały one w 9 przypadkach, co czyni 30 proc. W pozostałych 70 proc. sklepienie wykazywało li tylko drobne i płaskie wpadliny, a przeto uchodzić mogło za gładkie. Tem tłómaczę sobie, iż zjawiska te nie były dotychczas nigdzie opisane. Korzystając ze sposobności, pragnę więc tutaj zwrócić na nie uwagę,

Opis rozpoczniemy od linji pośrodkowej, a więc od wędzidełka górnego.

Z natury rzeczy najniższym jest przedsionek na wysokości wędzidełka, przyczem w zależności od stopnia rozwoju jego, sklepienie leży na 2 do 5 mm. poniżej podstawy nosa Tuż u wędzidełka znajdujemy zagłębienie, ograniczone z boku fałdem, umieszczonym nad przestrzenią międzyzębową (*spatium interdentale*), oddzielającą siekacz przyśrodkowy od bocznego Jamka ta (rys. 3), tworząca niejako, sklepienie dla siekacza pierwszego, jest wyraźnie odgraniczona od drugostronnej — przez wędzidełko, natomiast granicę boczną stanowi ów fałd zazwyczaj słabo zaznaczony.

Identyczne zagłębienie występuje często i nad siekaczem bocznym. W związku jednak ze stałem podnoszeniem się w kierunku tylnym sklepienia, zagłębienie to leży odrobinę wyżej i oddzielone jest od jamki kła fałdem bardzo różnorodnie rozwiniętym. Niekiedy wciska się on ostro wgłąb przedsionka w innych przypadkach jest tylko słabo zaznaczony.

Dno jamki kła leży, nieomal, na poziomie dna jamki drugiego siekacza i oddalone jest przeciętnie na 0,5 cm. od wierzchołka kła. Wynika z tego, iż wierzchołek korzenia kła jest zdecydowanie nadprzedsionkowym i że leży na poziomie, opisanego powyżej, miejsca zejścia trzech odnóg tkanki podścieliskowej.

Bardziej ku tyłowi znajdujemy, ponownie, zagłębienie, wysklepione nad pierwszym przedtrzonowcem. Zazwyczaj jest ono wyraźnie odgraniczone od płaskich jamek sąsiednich, stanowiąc najwyższy punkt sklepienia górnego. Leży ono przeciętnie, na 2 mm. poniżej linji poziomej, przeprowadzonej przed podstawą nosa (*subnasale*) i posiada charakter zachyłka, który nazwiemy zachyłkiem przedtrzonowca. W niektórych przypadkach wejście do zachyłka otoczone jest kolistym wałkiem błony śluzowej, który zacieśnia w znacznym stopniu dostęp

do owego zachyłka. Głębokość jego wynosi przeciętnie 2 mm., w jednym przypadku osiągnęło 4 mm. Dno oddalone jest na 3 cm. od otworu podoczodołowego.

Ponad drugim przedtrzonowcem istnieje ponowne zagłębienie, we wszystkich jednak przypadkach, przezemnie zbadanych (30 obserwacji), było ono płaskie.

Na granicy z zębem przedtrzonowym drugim lub nieco wcześniej napotykamy włókna m. policzkowego — kończy się więc w tem miejscu odcinek wolny sklepienia.

Streszczając powyższe, widzimy, iż sklepienie górne posiada przebieg falisty, przyczem najniżej położone jest w obrębie wędzidełka, poczem wznosi się powoli aż do pierwszego zęba przedtrzonowego, w którem to miejscu zyskuje największą swą wysokość, dalej obniża się nieznacznie, kończąc się u m. policzkowego. W odcinku swym krytym sklepienie wznosi się miarowo, łukowato ku górze, będąc pokryte przez m. policzkowy.

Z powyższego wynika, iż brzeg wolny dziąseł, linja falista dziąsłowa (rys. 2 ef) oraz sklepienie przedsionka mają do siebie przebieg równoległy i, że wobec tego, kształtowanie się sklepienia w okresie rozwojowym nie miało jednolitego przebiegu— na wysokości zębów sprawa tworzenia się przedsionka była usilniejsza, aniżeli na wysokości przestrzeni międzyzębowych. Podobne stosunki znajdujemy i w sklepieniu dolnem.

I tu znajdujemy zachyłkowate wgłębienia, z których najważniejszym jest ponownie zachyłek pierwszego przedtrzonowca, który ograniczony jest od tyłu przez, zazwyczaj, dobrze wyrażony fałd ukośny, poraz pierwszy opisany przez Tavro. Stanowi on granicę między przedsionkiem wolnym a krytym włóknami m. policzkowego.

Poniższe zestawienie podaje przeciętne głębokości przedsionka, mierzone od poziomu szpary ust wzgl. jej przedłużenia.

Przedsionek górny:	w linji	środkowej	— 1.5	(2.5 — Magitôt).
	zachyłek	J. 1	— 1.8	
	„	J. 2	— 1.9	
	„	C	— 2.1	
	„	Pm 1	— 2.4	
	„	Pm 2	— 2.2	
Przedsionek dolny:	w linji	środkowej	— 1.	(2.0 — Magitôt).
	zachyłek	J. 1.	— 2.2	
	„	J. 2.	— 2.1	
	„	C.	— 2.2	
	„	Pm.	— 2.3	
	„	Pm.	— 2.0	

Tworzenie się zachyłków oraz falisty przebieg sklepienia możemy wytłómaczyć jedynie na drodze rozwojowej. Jak wiemy, wstępem do utworzenia się przedsionków jest powstanie t. zw. grzebienia wargowo-dziąsłowego („Labio-gingivale Leiste“ — L. Bolk 1911. H. Ahrens — 1913), drążącego wgłąb tkanki mezenchymatycznej, wchodzącej w skład pierwotnych wyrostków szczękowych.

Z dwóch wtórnych listewek, pojawiających się na wierzchołku owego grzebienia — interesuje nas tutaj tylko listewka wargowa, stanowiąca zawiązek przedsionka. Otóż okazuje się, iż zachowanie się listewki wargowej jest nieco odmienne w pierwotnym wyrostku czołowym twarzy, aniżeli w wyrostkach szczękowych. „Im Bereiche der Rinne dringt übrigens die Lippenfurche nicht so tief in das Gewebe des Stirnfortsatzes ein als mehr lateral, und so entsteht in der Medianebene eine schwache Falte, welche die Lippe und den Alveolarfortsatz verbindet, das Frenulum labii sup.; ein ähnliches Frenulum labii inf. bildet sich auch gegenüber der Verschmelzungsstelle der Unterkieferfortsätze“. (J. Playfair Mc Murrich—1911). Należy przypuścić, iż podobne fałdy, jakkolwiek słabiej znacznie wyrażone, powstawać mogą i na wysokości wszystkich przestrzeni międzyzębowych.

Na zakończenie pragnę podkreślić znaczenie tkanki podścieliskowej z punktu widzenia prozopologji, albowiem na znaczenie jej praktyczne, kilkakrotnie już zwracałem uwagę. Otóż niezwykle luźna budowa owej tkanki umożliwia znaczne wahania w jej stężeniu (turgor), co nie może być bez wpływu na ukształtowanie zewnętrzne twarzy. Jest więc prawdopodobne, iż gwałtowne nabrzmiewanie twarzy w silnych wzruszeniach psychicznych, posiada za podkład nietylko rozszerzenie się naczyń, ale również i przesączanie się surowicy w obręb tkanki podścieliskowej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Port-Euler. Lehrbuch der Zahnheilkunde 1922.

2. Bailey and Miller. Text-Book of Embryology.

3. Poplewski R. Etudes prosopologiques. Sur l'origine et la signification du rouge des lèvres. 1928.

4. Virchow H. Die Muskulatur des Kinnes. 1923.

5. Dieulafé et Herpin. Anatomie de la bouche et des dents.

6. Testut-Jacob. Traité d'anatomie topographqiue. 1922.

7. P. de Terra. Vergleichende Anatomie des Menschlichen Gebisses und der Zähne der Vertebraten. 1911.

8. Eisler P. Die Muskeln des Stammes. 1912.

RESUMÉ.

Etudes proposopologiques. Le tissu basal.

Sous ce nom l'auteur décrit le tissu conjonctif extrèmement lâche, s'insunuant entre les muscles peauciers de la région malaire du visage. Il commence dans la lèvre supérieure en dehors du frein sup., immédiatement au-dessous de le base du nez et aprés avoir enveloppé m. incisif sup. et le m. *myrtiforme chemine vers l'aile du nez. Dans tout son parcours le tissu basal matellasse, pour ainsi dire, la muqueuse de la voûte du vestibule, De la région de l'aile du nez le tissu en question se dirige dans deux directions principales — vers l'angle interne du l'oeil et en arrière en suivant la voûte du vestibule et le bord sup. du m. buccinateur. Dans tout son parcours il distribue des faiseaux secondaires, s'insunuaut sous les muscles releveur superficiel, profond et m. canin.*

L'auteur insiste sur la nécessité de distinguer deux segments dans la voûte du vestibule — le segment median, matellassé par le tissu basal et segment lateral — couvert par les fibres du m. buccinateur. La limite entre ces deux portions forme le bord antero-supérieur du m. buccinateur, placé sur la racine du deuxième premolaire.

Tous les processus inflammatoires localisés dans l'apophyse alveolaire du maxillaire sup. peuvent facilement en cheminant tout le long du tissu basal provoquer l'oedème de la région malaire do visage. Il est clair alors, que les interventions chirurgicales portant sur la voûte du vestibule, repercutent facilement jusqu'au l'angle interne de l'oeil. De l'autre côté la structure lâche de tissu basal nous explique, au point de vue prosopologique, la facilité de gonflement de visage sous l'influence des excitations psychiques. Le jeu de mimiqke ne peut être expliqué que par jeu des muscles seuls — l'état des vaisseaux et le degrés d'imbibition du tissu basal possèdent aussi un rôle inportamte.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

A. Hentze. Zapalenia błony śluzowej jamy nstnej. Die Fortschrritte der Zahnheilkunde. Tom IV. Zeszyt 8.

Doświadczenia Möllendorfa na niższych ssakach, które wykazały tworzenie się leukocytów z tkanki łącznej znalazły potwierdzenie i u ludzi.

Schulzowi udało się uzyskać te same obrazy na ludzkiej pajęczynówce.

Bennighoff w sztucznie hodowanej tkance łączne obserwował przekształcenie się leukocytów w normalne komórki łącznotkankowe. Zato hodowanie ludzkiej błony śluzowej nie udało się autorowi, wskutek obecności w niej bakterji. Nawet po odkażeniu jodyną błony śluzowej nie udaje się jej hodowla prawdopodobnie wskutek osłabionej odporności i zdolności rozwoju. Może przyczyną jest i to, że każda dojrzała błona śluzowa wykazuje cechy przewlekłego zapalenia.

Praeger dochodzi do wniosku, że prawidłowo wyglądająca błona śluzowa wykazuje jednak zmiany zapalne mikroskopowe. Tam, gdzie są największe ubytki nabłonka, stwierdza się również najsilniejsze nacieki zapalne. Autor na zasadzie swego doświadczenia nie zgadza się z wywodem Praegera, który nie widzi związku między wiekiem i uszkodzeniami błony śluzowej. Autor wykazał, że objawów zapalenia błony śluzowej nie spotyka się u niemowląt i bezzębnych, u których zrogowaciały nabłonek stanowi ochronę jamy ustnej. Oczywiście jest rzeczą jasną, że dziąsła u dziecka zołzowatego lub też skłonnego do wysypki są podatne na wszelkiego rodzaju uszkodzenią.

Wrzodziejące zapalenie jamy ustnej (*stomatitis ulcerosa*).

Łukomski leczy je *pilokarpiną*, twierdząc, iż wskutek alkalizacji i wmożenia wydzielania śliny, stwarza ona złe środowisko dla rozwoju drobnoustrojów. W dwadzieścia lub czterdzieści minut po zastrzyku stwierdza się obniżenie zjadliwości bakterji.

Weber nie zgadza się z tem, będąc zdania, że zmiana kwasoty podłoża nie wpływa na rozwój drobnoustrojów. Pozatem zaznacza, że pilokarpina działa krótko i nie jest obojętna dla ustroju i że przy zapaleniu już fizjologicznie mamy oddziaływanie kwaśne, którego nie można gwałtownie zmieniać bez szkody

dla ustroju. Z tego samego też powodu radzi Hermannsdörfer podawać przy ropiejących owrzodzeniach kwaśne pożywienie dzięki któremu ropienie się zmniejsza. Natomiast przy odżywianiu zasadowem ziarnina ma wygląd szklisty, a rany się nie zmniejszają. Przeciwnie przy kwaśnem pożywieniu zmniejsza się rozrost mikroorganizmów, a rana wyraźnie się goi.

Badania Pattisona nad wapniem wykazały, że dzieci gruźlicze oraz dzieci z niewielką odpornością przeciw chorobom zakaźnym posiadały mniej wapnia w ślinie, aniżeli zdrowe.

Pożywienie, zawierające witaminy, podnosi ilość wapnia w ślinie, pożywienie zbożowe obniża ją.

W nowszych czasach znów zaczęto leczyć wrzodziejące zapalenie jamy ustnej kwasami garbnikowemi. Oto przepis Hoffmanna:

Rp. Tinct. Opii simpl. 3,0
Tinct. Tormentillae 12,0

M. d. s. do pendzlowania owrzodzeń.

Mniej szczęśliwą jest jego recepta, zalecana do płukania ust. Zawiera ona na 10 części Tinc. Tormentillae 10 części liquor. przy tem schorzeniu.Alum. acet.; ale jako lekarz-dentysta powinien on wiedzieć, że Alum. acet. rozpuszcza szkliwo. Z tego samego powodu należy zarzucić leczenie cukrem rzepakowym. Obecnie mamy lepsze środki, bardziej nieszkodliwe, aniżeli pilokarpina i cukier rzepakowy. Autor stosuje od roku z dobrym skutkiem kwaśne dioxybenzosulfokalium. Po mocnem potrząśnięciu flaszeczką, na której dnie osiada siarka, nalewa się trochę substancji na watę i smaruje nią dziąsła i owrzodzenia. Ból ustaje po pierwszem, lub drugiem zastosowaniu.

Zapalenie jamy ustnej Plaut-Vincenta.

Meyer Golob osiągnął doskonałe wyniki, stosując płukanie ust rozczynem natri perborici oraz oczyszczanie dziąseł i zębów miękką szczoteczką, umaczaną w fizjologicznym roztworze soli kuchennej, zalecając obok tego lekkie masaże dziąseł.

Bloogood również chwali ten sposób leczenia. Z nadboranu sodu sporządza się papkę wodną i pokrywa nią owrzodzenia: po utworzeniu się piany należy ją spłukać czystą wodą. Pozatem zaleca płukanie rozczynem natri perborici 2 — 3 razy dziennie. W 95% osiągnął dobre rezultaty. Wichels stosuje 10% wodny roztwór pyocetanini coeculei (Merck), smarując nim owrzodzenia raz lub dwa razy dziennie. Następnie każe płukać wodą utlenioną, celem usunięcia barwika i przyśpieszenia procesu gojenia.

Castermann i Delpiano dają przy tej chorobie 2 śródmięśniowe zastrzyki Mesurolu (preparat bizmutowy Beyera). Miejscowo stosują ten preparat w rozcieńczeniu 1:3.

Marschick wpuszcza, silnie nachylając w tył głowę, 10 kropli Pyocyanosy do nosa, aby w tem sposób uchronić migdałki gardłowe, które według niego są przy anginie Plaut-Vincenta silnie zajęte.

Zapalenie jamy ustnej grypowe (*stomatitis gripposa*) występuje pod postacią zapalenia Plaut - Vincenta-owrzodzeniowego, nieżytowego i błoniczego. Schorzenia te można rozpoznać tylko na zasadzie badania bakterjologicznego. W nowszych czasach mnożą się przypadki *encephalitis lethargicae* (grypa głowy), przy której spotyka się stały, bardzo męczący odpływ śliny. Objaw ten można złagodzić zapomocą atropiny

Przy encephalitis lethargica mogą się tworzyć głęboko sięgające owrzodzenia, jak to dowodzi przypadek, opisany przez Hoffmanna i Sommersmanna. Podjęte usiłowania w klinice Bonnera, celem zagojenia owrzodzeń podniebienia zapomocą szwu, nie dały dobrych rezultatów. Dopiero po wykluczeniu gruźlicy, kiły, błonicy, sporotrichozy, blastomykozy można rozpoznać owrzodzenie troficzne po encephalitis lethargica.

Zapalenie jamy ustnej przewlekłe (*stomatitis chronica*).

Möhring, podobnie jak Jugel, leczy ją zapomocą szczepionki (maści). Ta składa się z dwoinek oraz z hemolitycznych, zieleniejących i zwykłych paciorkowców, pochodzących z uchyłków dziąsłowych oraz z ziarniny. Powyższa szczepionka zawiera w $^1/_2$ cm. 100, 200, 500, 1000 miljonów drobnoustrojów. Jako podstawy dla maści używa się stearyny lub substratów roślinnych.

O wiele skuteczniejszą byłoby szczepionką, gdyby ją przyrządzono na encerinie, która lepiej przylega do błony śluzowej. Bardzo ciekawy sposób stosuje Petoe: jest to eczenie drażniące, polega ono na zastrzykiwaniu podskórnem surowicy, uzyskanej z pęcherza skórnego, wywołanego u tego samego chorego przez przyłożenie na piersiach i brzuchu kanterydynowego plastra.

Zachodzi przytem gwałtowna reakcja, objawiająca się w pierwszych godzinach szybkim wzrostem liczby eosinofilów, która w 24 godz. spada poniżej normy. Po powtórnym zastrzyku w ciągu następnych 24 godzin liczba eosinofilów wzrasta mnie i ponownie spada do dawnego poziomu. Jako leczenie również drażniące, należy traktować leczenie zapomocą prądów szybko

zmiennych oraz diatermji; zalecają też leczenie promieniami, pozafiołkowemi.

Zapalenie jamy ustnej salvarsanowe (*stomatitis salvarsanea*).

Przeciwko temu zapaleniu stosuje się obecnie kwas solny według przepisu Mühlpfardta w postaci:

Rp. Acid. Hydrochlor dilut. 20,0
Sirup. Rubi Id. 60,0—80,0
Aq. dest. ad 200,0

3—5 razy łyżeczkę od herbaty. Lekarstwo należy brać jeszcze 8 dni po ukończeniu leczenia. Najlepszym środkiem zapobiegawczym jest gruntowne doprowadzenie do porządku jamy ustnej przed rozpoczęciem leczenia.

Zapalenie jamy ustej gnilcowe (*stomatitis scorbutica*).

Jest obecnie ustaloną rzeczą, iż nie brak jakiegoś pewnego pożywienia, lecz poprzestawanie przez długi czas na określonem jednostajnem pożywieniu, prowadzi do ciężkiego schorzenia, które nazywa się gnilcem.

Hahn wskazuje na to, że chodzi tu o brak pożywienia, które ma wysokie napięcie powierzchniowe. Znanym jest fakt, iż takie bezwitaminowe pożywienie przez długie lata bez szkody może być stosowane, podczas, kiedy środki pożywienia, nie mające dużego napięcia powierzchniowego, wywołują skutki odmienne. Takiemi pokarmami, które mają to napięcie powierzchniowe są: alkohol i kawa zbożowa. Jasnem jest przeto, że niepijący marynarze łatwiej zapadają na gnilec, niż ci, którzy piją.

Meulenpracht w Bispebjerskim szpitalu w Kopenhadze w ostatnich 2 latach ustalił w 8 przypadkach typowy gnilec. Jak mało myślano o gnilcu dowodzi fakt, że w żadnym przypadku nie rozpoznano go, a stawiano rozpoznanie: 1) zapalenia żył, 2) skazy krwotocznej, wady serca, 3) obrzęku, wybroczyn, 4) gośca stawowego, 5) niedokrwistości, 6) zapalenia żył lewej nogi, 7) peliosis rheumaticae 8) ogólnego osłabienia. A przecież były obecne charakterystyczne krwawe guzy w skórze i tkance podskórnej kończyn oraz krwawienie w mięśniach łydek, które wyczuwało się stwardniałe i napięte. Chorzy ci obok tego wykazywali wszak zmiany zapalne dziąseł oraz bolesność i chwianie się zębów. Ciekawą jest rzeczą, że u bezzębnych błona śluzowa jamy ustnej była zupełnie zdrowa. Pożywienie tych ludzi składało się głównie z chleba, margaryny, tłuszczu, sera. Owoców nie jedli. Najczęściej zapadają ludzie na gnilec od marca do czerwca. Meulenpracht twierdzi

że bardzo często gnilec nie bywa rozpoznany. Głównym objawem gnilca jest ból w łydkach Leczenie: pokarmami, obfitującemi w witaminy, zwłaszcza witaminy C. Przy tego rodzaju pożywieniu podnosi się zawartość wapnia w ślinie. Faktycznie zatem należałoby się spodziewać dobrego wyniku leczniczego i po preparatach wapniowych. Tak jednak nie jest. Prawdopodobnie odgrywa tutaj rolę ten wapień, na który ustrój sam działa, przerabiając go w związki czynne.

Dobre skutki można również otrzymać przez podawanie vigantolu: t. j. naświetlonej promieniami pozafiołkowemj ergosteryny. Mechanizm jej działania jest jeszcze nieznany i wymaga dalszych badań w tym kierunku.

Still leczy gnilec dziecięcy papką z kartofli, rozrobioną w mleku. Stwierdził on, że ten sposób przewyższa pod wielu względami podawanie soku z pomarańcz i cytryn. Sok z pomarańcz sprowadza u dzieci lekka biegunkę, do której dzieci gnilcowe są skłonne. Sok z winogron był mało skuteczny wyciągi z mięsa, jajek, preparaty ze szpiku kostnego, śledziony oraz kupne preparaty witaminowe były zupełnie nieczynne. Sok z cytryn wywoływał również biegunkę; dopiero po dodaniu do niego węglanu wapnia (Zilva), celem zneutralizowania oraz alkoholu absolutnego w nadmiarze, uzyskiwane dobre wyniki. Najlepszym dla niemowląt środkiem zapobiegawczym przeciw awitaminozom jest pokarm matki.

Zapalenie jamy ustnej pleśniawkowe (*stomatitis aphthosa*) przenosi się z osoby na osobę, bądź wskutek zakażenia kropelkowego, bądź, przez dotykanie palcami przedmiotów, z któremi stykają się osoby zakażone. Dowodem tego jest epidemja, której ofiarą padło kilkadziesiąt, kobiet pracujących sciśle ze sobą. Choroba zaczęła się szerzyć w ostatnim tygodniu czerwca 1926 roku, w pierwszych dniach lipca było przypadków 30, w następnych dniach—45. Zdarzały się i nawroty. Chorzy skarżyli się na palenie w jamie ustnej, ból gardła, wielu bolała głowa. U niektórych zaobserwowano gorączkę, bóle żołądka, zaś następnego dnia zjawiały się na błonie śluzowej warg i policzków pleśniawki. Były one wielkości główki od szpilki lub nieco większe. W niewielu przypadkach zjawiły się owrzodzenia wielkości soczewicy, pokryte błonami rzekomemi. Te owrzodzenia znajdowały się w głębokich zaułkach błony śluzowej przy przejściu jej w dziąsła. Niekiedy towarzyszył tym objawom półpasiec. Gruczoły szyjne były niepowiększone. Bakterjologiczne poszukiwania nie dały nic szczególnego. Leczenie polega na płukaniu ust wodą utlenioną i smarowaniu lekami ściągającemi.

Polecają również zastrzyki 10% roztworu calcii chlorati co trzeci dzień po 0,5 g.

L i s z a j c z e r w o n y p ł a s k i (*Lichen ruber planus*)

P a u t r i e r i D i s s na ogromnym materjale zwłok wykazali, że w wykwitach charakterystycznych dla tego schorzenia znajduje się szereg nieprawidłowych elementów nerwowych. Schorzenie wykazuje początkowo objawy nadmiernego rogowacenia lub też łuszczycy. Najlepiej działają pięciowartościowe przetwory arsenowe w postaci: acetylarsen, stowarsol, trepalsol. Leki te uważane są nawet za specyfiki. Salwarsan działa gorzej, pozostawiając po sobie niekorzystny wynik kosmetyczny w postaci brunatnej pigmentacji. Arsen nieorganiczny nie działa zupełnie. H u f s c h m i t t podaje stowarsol 2 razy dziennie po 1 tabliczce w ciągu 4 dni. Potem następuje 3-dniowa przerwa i kuracja zaczyna się na nowo. Preparat w najgorszym przypadku daje wynik po 6-ciu tygodniach. Leczenie nerwowe polega na zastrzykiwaniu 10% bromku sodu od 3-10 centymetrów sześciennych w 15 posiedzeniach w przeciągu 7 tygodni. H ü b s c h m a n n osiągnął w ten sposób dobre wyniki. Również przez naświetlanie powierzchowne i głębokie rdzenia i nerwów współczulnych uzyskiwano wybitną poprawę.

Niektóre liszaje czerwone błony śluzowej ust i języka są nader oporne na wszelkie sposoby leczenia.

R a d c l i f f e C r o k e r zaobserwował w jednym przypadku wyleczenie zapomocą promieni radowych. Przy liszaju czerwonym płaskim u starszych osób należy zwrócić uwagę na gruczoły limfatyczne, mając na uwadze raka.

L i s z a j r u m i e n i o w a t y (*lupus erythematosus*) zajmuje teraz szczególnie dermatologów. Istnieje spór, czy to schorzenie jest pochodzenia gruźliczego, czy też nie. Rozróżniają obecnie: lupus erythematosus discoides i disseminatus (migrans). Pierwszy ma przebieg przewlekły, drugi bardziej ostry zapalny z gorączką i zaburzeniami ogólnemi.

Lupus erythematosus zaczyna się od powstania płaskich czerwonych guzków, pokrytych białemi, mocno przylegającemi łuseczkami. W formie przewlekłej, w większości przypadków, rosną one w ciągu miesięcy i lat i dochodzą do wielkości dwumarkówki lub nawet jeszcze większej. W ich środku rozwija się gładka blizna, która zawiera dużą ilość rozszerzonych naczyń, wskutek czego ma barwę czerwonawą. Brzeg jest utworzony przez nacieczony, gruby, okrągły czerwony wał pokryty białemi łuseczkami, w których daje się dostrzec rozszerzone ujścia porów skórnych, napełnione często ciemnemi

masami. Na zewnętrznej stronie znajdują się jeszcze często nagromadzenia barwika, tak, że bronzowy brzeg otacza ogniska.

Na błonie śluzowej ust te objawy nie są tak wyraźne, jak na zewnętrznej skórze twarzy. Tu spotyka się najczęściej pasmowate lub plamkowane zaczerwienienia i owrzodzenia, pokryte licznemi, małemi, żółtawo-białemi pryszczami.

Najchętniej schorzenie to umiejscawia się na twarzy obok nosa i na przylegających częściach policzków, dalej na wewnętrznej części muszli usznych na owłosionej skórze głowy, z całkowitą utratą włosów, na wargach i błonie śluzowej ust. W okolicach nosa występuje ono często symetrycznie w postaci motyla. O wiele rzadziej choroba zagarnia tułów i kończyny: tu zwykle umiejscawia się na wyprostnych częściach palców rąk i nóg. Postać wędrowna (migrans) daje guzki o wiele mniejsze. Nie zwiększają się one tak z biegiem czasu, lecz giną, pojawiając się w innem miejscu. Spotyka się je na klatce piersiowej, brzuchu, kończynach, także na powierzchni dłoni i stóp.

Rozpoznanie różniczkowe:

1) Toczeń pospolity: ma guzki wielkości łebka szpilki barwy żółto-brunatnej lub brunatno-czerwonej. Przez zlewanie się tych gruzełków mogą powstać nieregularne nacieki, ale na krańcach znajdują się zawsze nieregularnie rozproszone guzki pojedyńcze.

Ogniska te ulegają owrzodzeniom, lub też kurczą się, pozostawiając bliznę.

2) Obecność rozszerzonych naczyń oraz białych łuszczek odróżnia to schorzenie od trzeciorzędnych, wężowatych, wrzodziejących zmian kiłowych.

3) Łuszczyca nie zajmuje błony śluzowej. Najrzadziej spotyka się łuszczycę na twarzy: jej ulubionemi miejscami są powierzchnie wyprostne kolan i łokci, skóra na czole przy granicy włosów, owłosiona głowa i zewnętrzna strona muszli usznych. Przy tem łuszczki łuszczycy dają się odciągać całemi płateczkami, czego nie bywa w przypadkach liszaja rumieniowatego.

Etjologja: 1) gruźlica, na co niema dostatecznych danych 2) czynnościowa niedomoga mesenchymy, która jest niezdolna do ochrony tkanki przed drobnoustrojami lub ich jadami.

L e c z e n i e: dobre skutki osiągnięto przez stosowanie salwarsanu. Ogółem chorzy na liszaj rumieniowaty są w stosunku do salwarsanu bardzo wrażliwi. Zdarzają się często u nich wysypki salwarsanowe i nitroidowe kryzy. Wysokie dawki salwarsanu są wykluczone. W a t r i n wstrzykuje 0,15 6-9 razy w odstępach 6-dniowych. K r e n w dwu przypadkach

zastosował z dobrym skutkiem zastrzyki argoflawiny, połączone z kroplową lewatywą z roztworu fizjologicznego soli kuchennej

Toczeń zwykły (*lupus vulgaris*).

Moos używa olyptolu. Jest to mieszanina 10% ol. terebinth, 10% ol. eukalipt i 5% eucupin, którą się zastrzykuje domięśniowo po 0,5 do 2 cm. Wirz osiągnął dobre rezultaty stosując fosforan złota. Jako środek pomocniczy stosuje się przy tem balsam peruwjański.

Zapalenie dziąseł przerostowe (*gingiviti hypertrophicans*).

Sarwal wskazuje na stadja przejściowe między zapaleniem przerostowem dziąseł i nadziąślakiem (epulis). Delater zalicza zapalenie dziąseł pierwotne, epulidy i zapalenie dziąseł u robotników, wytwarzających masę perłową, do jednej grupy paradentoz postępujących. Wszystkie te trzy schorzenia są zapaleniami przewlekłemi, które zostają wywołane przez zewnętrzne podrażnienie. Przeto przy zmniejszonej odporności dziąseł już bardzo małe podrażnienie wywołuje ich przewlekłe zapalenie. Najczęściej spotyka się zapalenie dziąseł u ludzi mających usta otwarte.

Zapalenie jamy ustnej rzerzączkowe (*stomatitis gonorrhoica*).

Leczenie: gruntowne przemywania jamy ustnej rozczynem nadmanganianu potasu (kali hypermanganici) 1:6000 lub protargolu 1:1000. Przy silnym bólu stosuje się zmywanie argarolem 1:100 albo 1:200. Niekiedy działają bardzo dodatnio delikatne przypalania owrzodzeń 2% kwasem chromowym. Należy przy tem zwrócić uwagę na to, że już samo leczenie sprawy zasadniczej może wywołać zapalenie jamy ustnej

Zapalenie jamy ustnej grzybiaste (*stomatitis mycotica*), przyczyną której są grzybnie drożdży, a nie drobnoustroje błonicy.

Riehl opisuje, że u pewnego mężczyzny od trzech lat na klatce piersiowej, twarzy i błonie śluzowej ust obserwowano rozszerzającą się brunatną i czerwono-fijołkową wysypkę gruzełkową. Przy tem utrzymywała się leukocytoza i eosinophilia. Wątroba, śledziona i gruczoły limfatyczne były powiększone. Na sekcji stwierdzono w preparacie histologicznym, że gruzełki te składały się z gęstego nacieku komórkowego, w którym znajdowało się mnóstwo grzybni drożdżowych. Jest rzeczą nierozstrzygniętą, czy te grzybki były przyczyną schorzenia, czy też na uszkodzonych uprzednio tkankach znalazły dobre podstawy dla swego rozwoju.

Zapalenie jamy ustnej włoskowcowe (*stomatitis leptothricia*). Ostry przebieg rzadko się spotyka, jest on bardzo szybki i w krótkim czasie prowadzi do zgorzeli, Dla przebiegu przewlekłego są charakterystycznemi: mało zaburzone ogólne samopoczucie, bardzo nieznaczne delegliwości podmiotowe oraz brak objawów zapalenia na błonie śluzowej. Wygląd ognisk choroby wykazuje małe, białe plamy, otoczone czerwonym polem, albo biało-żółte częściowo miękkie, częściowo twardo gruzełki z ostremi wyrostkami. Tę formę nazwał Siebenmann hyperkeratosis lacunaris. Przy rozpoznawaniu różniczkowem wchodzą w rachubę: pleśń, którą łatwo rozpoznać pod mikroskopem; dyfteryt (brak objawów ogólnych), stomatitis aphthosa, której białe naloty nie dają się odciągnąć, wreszcie kiła. Jako przykład niech posłuży krótki wyciąg z historji choroby: pacjentka 70-letnia zauważyła nagle bolesny twór na lewej stronie języka. Twór ten rósł szybko i po 4-dniach wykazał w środku czarną, martwicową, wielkości paznokcia u ręki część, otoczoną szklistą obwódką. Reszta jamy ustnej była nietknięta. Ognisko chorobowe przy dotknięciu bolało i utrudniało ruchy języka. Po pewnym. czasie mocne zaczerwienienie całego języka i gorączka 39,5^0 Wskutek rozpoznania ropnia języka wykonano głębokie nacięcie, po którem gorączka podniosła się do 40^0 przy ostrem pogorszeniu stanu ogólnego i osłabieniu serca. Po zagojeniu się starego ogniska pojawiło się nowe na końcu języka. Następnego dnia w nowem miejscu nowe ognisko i trzy na policzku. Dopiero po 18 dniach nastąpiło polepszenie stanu miejscowego, lecz rozwinęło się zapalenie nerek.

Rozpoznanie zostało postawione na zasadzie badania histopatologicznego części martwicowej. Rozpoznanie różniczkowe: można było pomyśleć o róży, przeciw czemu przemawiało ograniczone umiejscowienie ognisk na języku i początkowe nieznaczne zaburzenia ogólnego stanu. Przy czarnej brawie ognisk możnaby podejrzewać węglika. Ale przy tem występuje znaczny obrzęk niebieskawo zabarwionego języka. Tego tu brakło. Wszędzie występowały liczne ogniska. Można było pomyśleć również o zgorzeli języka wskutek duru, (gorączki połogowej), cukrzycy, przeciw czemu przemawiał dobry stan ogólny. Nowotwory złośliwe były wykluczone, wskutek ostatniego stanu zapalnego i szybkiego rozwoju ognisk. To także przemawia przeciw kile i gruźlicy. Najważniejsze były tu badania bakterjologiczne i histopatologiczne. Przypadek ten wskazuje na to, że nieszkodliwe saprofyty w sprzyjających warunkach stać się mogą patologicznie czynnemi. W ostatnich czasach podjęto dy-

skusję nad tem, czy język Huntera nie jest tem samem, co język Möllera, który jest typowym dla złośliwej niedokrwistości.

Heyn mógł w 75% przypadków języka Möllera ustalić niedokrwistość złośliwą. Przy dalszych 21,5% przypadków obserwacja dawała podstawy do mniemania, że się ma do czynienia z niedokrwistością złośliwą. Porównajmy opisy obu autorów Möllera i Huntera. Möller: „Ostro zarysowane, nieregularne czerwone plamy, którym brak jest zupełnie nabłonka lub też jest obecna tylko cienka jego warstwa. Brodawki są przekrwione oraz obrzmiałe. Wykazują one niewielką skłonność do rozszerzania się i utrzymują się w jednakowej wielkości i formie. Występują przedewszystkiem na krawędziach i końcu języka, czasami na dolnej jego powierzchni i wewnętrznej powierzchni warg: w tylnej części jamy ustnej Möller ich nie widział. Ta wysypka sprawia piekący ból, tak że chory nie może przyjmować pokarmów, a poruszanie językiem ma utrudnione".

Hunter: „Rozlane zaczerwienienie i podrażnienie podstawy języka aż do łuków podniebiennych utrudniają w znacznym stopniu akt żucia. Przy mniej silnem natężeniu zapalenia występują czerwone plamy, przeważnie na krawędziach i podstawie języka, pomiędzy któremi lśni gładka błona śluzowa. Takie plamy nieraz z zapalnemi pryszczykami występują i na dolnej powierzchni końca języka. Po miesiącu wszystko znika, język jest gładki i jakby polerowany". Stąd widzimy, że poglądy Huntera i Möllera zgadzają się w zasadniczych kwestjach.

Rozpoznanie różniczkowe: charakterystycznem dla tego schorzenia jest umiejscowienie na górnej powierzchni języka, zwłaszcza w okolicy podstawy języka i w pobliżu brzegów. 2) ostro zarysowane czerwone plamy lub pasma 3) błona śluzowa w tych miejscach jest pozbawiona powierzchownego nabłonka, 4) zaś błona śluzowa pomiędzy plamami wykazuje zapalne obrzmienie, 5) pozostała błona śluzowa ust wykazuje różnej wielkości czerwone plamy. Na początku bardzo łatwo jest pomylić tę chorobę z glossodynia simplex, ale badanie wykaże najwyżej zaczerwienienie i obrzmienie brodawek liściastych. Przy języku pomarszczonym mamy powiększenie języka i głębokie bruzdy. Exfoliatio lingnae aretae nigdy nie przekracza powierzchni języka, a uzewnętrznia się biało-żółtawą otoczką ogniska chorobowego. Choć glossitis Möllera spotyka się: u ludzi zdrowych, cierpiących na niedokwaśność żołądka, przy chorobach nerek i wrzodach żołądka, gruźlicy płuc, martwości wątroby, niedomodze, wielogruczołowej, tu jednak zawsze należy myśleć o niedokrwistości złośliwej. Wczesne rozpoznanie może uratować życie chorego. Zjawiska barwikowe

wcześnie przy niedokrwistości złośliwej występują, tworzą symetryczne plamy, bronzowo-żółte na twarzy, jak również w jamie ustnej na zewnętrznej stronie policzków. Stephan sądzi, że etjologji niedokrwistości złośliwej należy szukać w zaburzeniach wewnętrznego wydzielania i że tę pigmentację należy odnieść do hypofunkcji nadnerczej.

Leczenie: w leczeniu niedokrwistości złośliwej stosuje się w Ameryce gentiana-violet i inne barwiki. Chorzy otrzymują najpierw 5—15 cm. wodnego roztworu (1:1000) trzy razy dziennie po jedzeniu. Potem stopniowo dawka wzrasta do 50 cm. W większości przypadków otrzymują chorzy jeszcze acidum hydrochloricum dilutum. Skutki leczenia były pomyślne — usuwały uboczne dolegliwości. Widać było szybką poprawę na wzroście ilości ciałek białych i hemoglobiny oraz w zwiększeniu się ilości erytrocytów. Próbowano też stosować w niedokrwistości złośliwej operacje, które przeprowadzał Neuberger bez zbyt dodatnich rezultatów.

Najlepsze wyniki osiągnięto przy stosowaniu djety lub podawaniu wyciągów z wątroby. Poprawa jest szybka i stała.

Obrzęk naczynio-ruchowy. (*Oedema angioneuroticum Quincke*) błony śluzowej ust wzbudza wciąż jeszcze zainteresowanie internistów i neurologów. Przy tem schorzeniu pojawiają się nagle na skórze i błonie śluzowej ust obrzmienia, dochodzące do wielkości dłoni. Najczęściej są one blade, rzadziej czerwone lub sine; przechodzą bez wyraźnych granic na błonę śluzową lub skórę. Obrzmienia znikają często po jednej do dwóch godzin, aby znów zaraz ukazać się w innych miejscach lub też giną na kilka miesięcy zupełnie. Często zdarzają się ciężkie obrzmienia języka lub krtani, które utrudniają mowę, przełykanie i oddychanie. Powstają przytem bóle w okolicach żołądka i wymioty.

Prócz bolesności obrzmienia, stopniowe przejście w zdrową błonę śluzową i wywiady wiodą do rozpoznania obrzęku naczynioruchowego. Stern opisuje taki przypadek obrzęku, któremu towarzyszyła ogólna pokrzywka skóry. U 48-letniej kobiety obok pokrzywki połowy twarzy, obrzmienia powiek, wystąpiło gwałtowne obrzmienie warg i wiele niebezpieczniejsze obrzmienie nagłośni. Cierpienie ustąpiło nagle w 2—3 godz. po wsunięciu kauczukowej protezy. Często te obrzmienia spotyka się przy idjosynkrazji do niektórych pokarmów, jak również przy braku perjodu. Występują przytem częste bóle głowy. Równocześnie z obrzękiem występuje obrzmienie stawów. Skład krwi w okresie wolnym od napadów wykazuje eosinofilję od 6—8%, w okresie napadów spadek 0—1%. Myślano przeto

o anafilaksji. Scharer opisuje nawet przypadek, gdzie u 39 letniej kobiety po zastrzyku surowicy wystąpiło to schorzenie.

Żółtawe zabarwienie i zmianę kształtu języka zaobserwował Neuberger przy żółtaczce hemolitycznej. Chorzy tacy odczuwali palenie języka, zaś błona śluzowa policzków i języka przybrała żółtawe zabarwienie, język stał się cienki, płaski. Ruchy nie utrudnione.

Wykazuje on po większej części dobrze rozwinięte brodawki grzybiaste i liściaste. Na lewej krawędzi języka znajdowało się dość duże miejsce, gdzie brodawki znikły zupełnie lub zmniejszyły się znacznie.

Błona śluzowa była gładka, błyszcząca, pokryta licznemi, czerwonemi punkcikami. Na prawej krawędzi znajdowało się podobne miejsce, ale mniejsze i bez czerwonych ognisk zapalnych. Mamy tu do czynienia z częściowym zanikiem języka, któremu towarzyszą zmiany zapalne. Przeciwko językowi Huntera przemawia nadkwaśność, brak dużej ilości ciałek czerwonych oraz mocne, żółtaczkowe zabarwienie brodawek. Istnieje jeszcze schorzenie, polegające na specjalnem zabarwieniu języka i błony śluzowej ust. Nosi ono nazwę: Aurantiosis cutis Baeltz. Przy tem schorzeniu skóra jest zabarwiona na blado-żółto; silniejsze zabarwienia wykazują dłonie i stopy, tułów natomiast jest mało zabarwiony.

Twarz wykazuje zmiany barwikowe w okolicach ust, nosa i na muszlach usznych. Owłosiona głowa, paznokcie i brodawki nie są zabarwione. Silnie natomiast są zabarwione: błona śluzowa języka, podniebienie twarde oraz części miękkiego, jak również dziąsła. Na pierwszy rzut oka wydawało się autorowi, że ma do czynienia z zaburzeniem wskutek używania kwasu chromowego lub Trypaflaviny, w końcu pacjentka opowiedziała, że przy obchudzającej kuracji zjadała dziennie po 10 — 12 jabłek. Znane bywa podobne zabarwienie po spożywaniu większych ilości pomarańcz. Składnikiem barwiącym jest tu carotina, którą spotyka się poza jabłkami jeszcze w pomarańczach, dyni i morelach. Barwik ten osiada głównie w naskórku; bywa on wydzielany przez ściany jelit oraz przez gruczoły skórne, i ślinowe. Leczenie: polega na zaprzestaniu żywienia się moszczem wymienionych owoców i na podawaniu kwasu solnego do wewnątrz.

O szczotecze do zębów i płukaniu ust.

W naszych czasach hygjena zajęła się szczoteczką od zębów. Zdrowa błona śluzowa ust znosi każdą szczoteczkę, lecz chora może być wskutek tego podrażniona i krwawić. Jest wielkim błędem, że lekarze, zalecając przy zapaleniach ust

czyszczenie zębów szczoteczką i proszkiem oraz płukanie kwaśnym roztworem lub H_2O_2, nie dają pacjentowi odpowiednich wskazówek. Dopóki w jamie ustnej są owrzodzenia lub ostre objawy zapalenia nie można używać ostrej szczoteczki. Zalecane są tu płókanie i czyszczenie nawoskowanym jedwabiem. Po zniknięciu owrzodzeń może być zastosowana gąbczasta gumowa szczoteczka.

Wprowadził to Baller w Ameryce i Withycombe w Australji. Trudniej jest uregulować płukanie ust, gdyż wielu ludzi nie wie, jak należy płukać. Biorą oni łyk płynu do ust, płuczą podniebienie, potrząsając głową i wypluwają. W ten sposób płyn nie styka się ani z zębami, ani nie przemywa przestrzeni międzyzębowych i dziąseł.

Wykonane próby z płynem barwnym dały możność stwierdzenia, że płyn dotykał tylko miękkiego i twardego podniebienia, liści językowych, dziąseł, reszta zaś jamy ustnej pozostała nietknięta. Dlatego też najlepiej jest płukać usta odpowiednią strzykawką. Takie aparaty skonstruował Hirsch. Strumień płynu opłukuje jamę ustną w ciągu 1 — 1¾ minuty. Jako środek do płukania, należy polecić nadboran sodu, (natrium perboracicum). Zastosowanie szprycy jest bardzo ważne przy leczeniu chorób zębów, ust i języka u cukrzycowych, gdyż, jak badanie Samaguchi'ego wykazały, gruczoły śluzowe i gruczoły podjęzykowe mogą wydzielać cukier, Fleckseder w dwóch przypadkach wykrył obecność cukru w ślinie.

Angina agranulocytica. *Agranulocytoza.* Dotąd stosowano do niej wszystkie środki lecznicze, jakie skutkowały przy anginie Plaut-Vincenta, jak preparaty srebra, salwarsan, barwniki acridinowe, albo transfuzję krwi, teraz zaś stosuje się z dobrym skutkiem naświetlania promieniami Röntgena.

Friedeman opisuje 4 przypadki wspomnianej choroby W krwi było tylko kilkaset białych ciałek do tego wyłącznie prawie lymfocytów. Przez zastosowanie naświetlania promieniami Röntgena kości długich wszystkie przypadki zostały uleczone. Skutek wtedy jest istotnym, jeśli jaknajwiększa powierzchnia ciała jest naświetlona. W trzech przypadkach wystarczyło jedno naświetlanie, w czwartym trzykrotne naświetlanie. To działanie promieni Röntgena sprzeciwia się przyprzypuszczeniu, że przy agranulocytozie ma się do czynienia z ostrą chorobą zakaźną, choć kliniczne badanie raczejby zatem przemawiało. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z zaburzeniami w wewnętrznem wydzielaniu.

Nieżytowe zapalenie gardła leczy się Omnadiną. Jest to preparat, składający się z mieszaniny czynnych

ciał białkowych, powstałych z produktów przemiany materji grzybów nie chorobotwórczych, dalej z mieszaniny lipoidowej, i wreszcie tłuszczów zwierzęcych. Omnadina w handlu jest w ampułkach po 2 cm. Wstrzykuje się codziennie dwie śródmięśniowo: często już dwa zastrzyki wystarczają. Nie można Omnadiny stosować przy anginaffollicularis.

Znaczenie rozpoznawcze badań podniebienia.

Przy cholecystitis albo cholelithiasis miękkie podniebienie jest zabarwione na żółtawo. Przy schorzeniach parenchymy wątroby całe miękkie podniebienie jest mocno żółte, a jego podkład tłuszczowy silnie zwiększony. Przy wrzodzie dwunastnicy znajdujemy przekrwienie miękkiego podniebienia: przy gruźlicy lub raku spotyka się silną bladość podniebienia. Jednak przy gruźlicy znajdujemy mało tłuszczu na miękkiem podniebieniu, a przy raku dużo tłuszczu. Przy kile narządów wewnętrznych miękkie podniebienie wykazuje czerwone plamy w przeciwieństwie do twardego podniebienia, ktore jest blade. Schorzeniem często spotykanem w lekarsko-dentystycznej praktyce jest przewlekły nieżyt gardła.

Ta choroba nietylko utrudnia oddychanie, ale jest często przyczyną hypochondrycznych wyobrażeń. Dzieje się to dlatego, że w plwocinie często chorzy spostrzegają przymieszkę krwi. Choroba ta rozwija się i u lekarzy-dentystów, gdy ci, zamiast po całodziennej pracy iść na spacer, siedzą w zadymionej kawiarni. Wskazanem jest, aby ludzie pracujący z pochylonem tułowiem uprawiali sporty. Schorzenie to dotyczy nietylko gardła, lecz i błony śluzowej nosa, która w stanie podrażnienia stanowi dobrą pożywkę dla bakterji duru, gruźlicy, grypy, błonicy, meningokoków, pneumokoków, które zachowując swą zjadliwość mogą stać się dla ustroju niebezpiecznemi. Dlatego też ludzie z chorą błoną śluzową nosa i gardła są skłonni do chorób zakaźnych.

Rozróżnia się dwie formy: 1) przewlekły zapalny nieżyt nosa i gardła. 2) przewlekły zanikowy nieżyt nosa i gardła. Pierwsza forma wykazuje przerost tylnych krańców muszli nosowych oraz przerost i obrzmienie migdałków i języczka.

Choroba ta nawiedza w szczególności ludzi siedzących w źle przewietrzonych izbach, silnie palących lub pijących, ale nawiedza i tych, którzy żyją higjenicznie. Należy przypuszczać, że jest ona dziedziczna. Leczenie przy dziedzicznym nieżycie jest bezsilne. Tu należy leczyć tylko objawowo.

Przy zapaleniach przewlekłych, wywołanych nieprzestrzeganiem przepisów higjenicznych należy usunąć źródło przyczy-

nowe. Pędzlowania zapomocą roztworu Lugola, argenti nitrici taniny nie mają wielkiego zastosowania z powodu niemożności dostępu leków do wszystkich zaułków błony śluzowej. W formie zanikowej tkanka gruczołowa zanika, zaś tkanka łączna wrasta się. Błona śluzowa staje się cienka, gładka, delikatna, błyszcząca. Wskutek znacznych wydzielin tworzą się żółtoszare, bronzowo-zielone, zielono czarne strupy, czasem zadziwiającej wielkości, które można usunąć szczypczykami.

Leczenie. Usiłowano leczyć chorobę zapomocą pendzlowania zanikłej błony śluzowej jodgliceryną, maścią lanolinowo-parafinową, albo masaży wibracyjnych, lecz bez szczególnego rezultatu.

Kafemann zaleca płókanie ciepłą wodą sodową z domieszką eterycznego olejku.

Rp. Ol. oliv. 20,0
Ol. Eucalypt. 10,00
Ol. Ment. pip.
Ol. Terebinth. aa 5,0
Cycloform 2,0

Do szklanki wody (35° C) dodać pół łyżeczki od herbaty natrii carbon. sicc. pulverisati, do tego 5 — 10 kropli olejków.

Silnie szklanką potrząsnąć.

Następnie, przechyliwszy głowę, zapuszczać lekarstwo w dziurki od nosa. Ta mieszanka sodowa z lipoidami komórek rozpuszczonej terpentyny rozmiękcza krosty i sprawia, że łatwiej odchodzą, a mentol pobudza komórki do działania.

Naturalnie, należy tu dać również pewne higjeniczne przepisy.

Książki nadesłane.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Eugenicznego za rok 1927. — Warszawa, 1928.

Prof. dr. E. Poulsson. O działaniu tranu dorszowego i o jego stosowaniu leczniczem. Warszawa 1928.

Dr. N. Kassern. Przyczynek do patogenezy i terapji mnogiego ostrego zapalenia stawów. Łódź 1928.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie pismo następujące:

Od Komisji dla dochodzenia praw akademickich studentów Państw. Inst. Dent.

Krzywda, jaka się dzieje nam jako młodzieży, która się poświęciła studjom dentystycznym, zmusiła nas do zwołania wiecu w dniu 10/XII b. r. w sprawie objęcia Państw. Inst. Dent. ramową ustawą o szkołach akademickich, a tem samem nadania nam praw akademickich. Dotychczas, t. j. od lat 8-miu wisimy między niebem i ziemią, będąc słuchaczami uczelni o organizacji przejściowej. Pomimo odpowiadania przez nas wszelkim warunkom, wymaganym od akademików, gdyż, aby wstąpić do Instytutu, musimy nietylko wykazać się świadectwem dojrzałości ale również i wytrzymać konkurs; w czasie 4-letnich studjów jesteśmy zatrudniani w ciągu 10-ciu godz. dziennie, często nawet bez przerwy obiadowej; większość przedmiotów przyrodniczo-lekarskich słuchamy wraz ze studentami Wydziału Lekarskiego; opłaty szkolne obowiązują nas te same, co i w innych szkołach akademickich; do wszelkich rygorów, jakim podlega młodzież akademicka, i my się stosować musimy. Istnieje wprawdzie zaświadczenie Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z dn. 21/II-1921 r. № 1387/IV/21· które głosi, że Państw. Inst. Dent. należy do rzędu szkół wyższych, a słuchacze jego korzystają z praw, przysługujących akademikom, ale to tylko w drodze analogji, gdyż w rzeczywistości nasza uczelnia akademicką nie jest. Tracimy przez to nietylko, my studenci Instytutu Dentystycznego, w oczach opinji publicznej, ale co gorsze ponosi niepowetowaną stratę polska nauka stomatologji, która, traktowana po macoszemu przez czynniki miarodajne, nie może wznieść się w Polsce na przynależne jej wyżyny, gdyż dla lekarzy-dentystów, którzy ukończyli Państw. Inst. Dent. droga naukowa w Polsce jest całkowicie zamknięta. Dla zdobycia wyższych stopni naukowych zmuszeni są oni udawać się zagranicę i tem samem wzbogacają obce kraje pracami naukowemi z dziedziny stomatologji. Dlatego, widząc krzywdę, jaka nam się dzieje, obawiając się, aby rozgoryczenie z tego powodu młodzieży nie pociągnęło za sobą kompletnego odsunięcia się od zawodu lekarsko-dentystycznego, aby lepsze siły nie porzuciły Instytutu i nie oddały się takiej gałęzi naukowej, która spotyka się z właściwem uznaniem oraz w imię dobra

dentystyki polskiej i związanem z nią zdrowiem ludzkiem, postanowiliśmy na wiecu wszcząć jaknajenergiczniejszą akcję celem: 1) objęcia Państwowego Instytutu Dentystycznego ramową ustawą o szkołach akademickich z dnia 13/VII.1920 r., 2) nadania przez Min. W. R. i O. P. Państw. Inst. Dent. statutu, normującego szczegółowo jego ustrój. Do tego celu została na wiecu powołana Komisja dla dochodzenia „praw akademickich studentów Państw. Inst. Dent.", która ma za zadanie całą akcję jaknajenergiczniej przeprowadzić.

Pozatem wystosowano rezolucję do Rady Profesorów z prośbą o bezzwłoczne przygotowanie wniosku do Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. w sprawie objęcia Państw. Inst. Dent. ramową ustawą oraz dla zamanifestowania wobec czynników miarodajnych ważności naszych postulatów, jako też dla wykazania solidarności z dążeniami w tym kierunku Rady Profesorów uchwalono w dniu 12/XII.1928 r. jednodniowy strajk demonstracyjny, który się odbył stosownie do zawiadomienia z zachowawaniem odpowiedniej powagi i uwzględnieniem potrzeb leczącej się w klinikach publiczności.

Uprasza się naszych Szanownych Czytelników, aby czynili zakupy tylko w składnicach firm, ogłaszających się w naszem piśmie.

Druk. A. Michalski, Warszawa.